Deutscher Bundestag
11. Wahlperiode

Drucksache 11/3759

19. 12. 88

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage des Abgeordneten Dr. Lippelt (Hannover) und der Fraktion DIE GRÜNEN
— Drucksache 11/3606 —

Hirntodbestimmung und Organtransplantation bei Unfallopfern

Der Bundesminister der Justiz hat mit Schreiben vom 14. Dezember 1988 – II A 1 – 4000/14 – 23.1088/88 – die Kleine Anfrage namens der Bundesregierung wie folgt beantwortet:

I. Bestimmung des Todeszeitpunktes – Gesetzlicher Regelungsbedarf

1. Ist es richtig, daß es de jure nach wie vor nur den Herztod gibt, und sieht die Bundesregierung in absehbarer Zeit eine Änderung dieser Gesetzesregelung vor?

Es trifft nicht zu, daß der sog. Herztod rechtlich das allein entscheidende Kriterium für den Eintritt des Todes ist; ausschlaggebend ist allein, daß der Tod in medizinisch einwandfreier Weise festgestellt wird. Dies ist sowohl aufgrund der Herz- als auch der Hirntodbestimmung möglich.

2. a) Hat die Bundesregierung Kenntnis davon, wie es in der Praxis zum Übergang von der Herztod- auf die Hirntodbestimmung gekommen ist?

   b) Hat sie hier Regelungen erlassen?

Mit den Fortschritten der Wiederbelebungsmaßnahmen und der modernen Intensivmedizin hat sich seit den 60er Jahren in allen Ländern zunehmend die Notwendigkeit ergeben, Zustände des völligen und irreversiblen Ausfalls der Gehirnfunktion bei Aufrechterhaltung des Kreislaufs unter künstlicher Beatmung zu erkennen und sicher festzustellen. Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten und Kommissionen haben sich in vielen Ländern mit diesem Problem befaßt.

Darüber hinaus hat sich im Zusammenhang mit der modernen Transplantationschirurgie die Notwendigkeit ergeben, den Kreislauf des Verstorbenen auch noch nach Eintritt des Todes künstlich aufrechtzuerhalten. Aus diesem Grunde wird heute zunehmend auf den Eintritt des Hirntodes abgestellt. Gesetzliche Regelungen sind hierzu bisher in der Bundesrepublik Deutschland nicht getroffen worden.

3. Hat die Bundesregierung Kenntnis davon, daß die Hirntodfeststellung anfangs erst nach 24 Stunden Beobachtungszeit vorgenommen wurde und daß die Beobachtungszeit immer weiter verkürzt wurde bis auf eine z. Z. als ausreichend geltende Dauer von 3 Stunden, und ist der Bundesregierung bekannt, daß in Einzelfällen selbst diese Frist noch unterschritten wurde?

Es gibt keine einheitlichen Beobachtungszeiten für die Feststellung des Hirntodes; auch nach den vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer herausgegebenen Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes werden – je nach Fallsituation – unterschiedliche Beobachtungszeiten für erforderlich gehalten. Beispielsweise soll bei Säuglingen und Kindern bis zum zweiten Lebensjahr in allen Fällen primärer Hirnschädigung die Beobachtungszeit 24 Stunden betragen.

4. Hat die Bundesregierung Kenntnis davon, daß in einem Fall eine schwangere Frau nach deren Hirntodbestimmung durch den Arzt noch ein Kind geboren hat, und mit welchen gesetzlichen Vorschriften will sie einer vorzeitigen Hirntoderklärung Einhalt gebieten?

Die Bundesregierung kennt den angesprochenen Fall nicht.

Die Geburt eines Kindes nach Eintritt des Todes der Mutter ist allerdings denkbar, wenn es gelingt, bei ihr den Kreislauf unter fortgesetzter künstlicher Beatmung bis zur Entbindung aufrechtzuerhalten. Im Interesse der Lebenserhaltung des Kindes ist ein solches Vorgehen auch geboten. Mit einer „vorzeitigen Hirntoderklärung" hat dies nichts zu tun. Gesetzliche Regelungen sind demnach nicht notwendig.

II. Rechtliche Probleme

Voraussetzung für eine Organentnahme ist in der Regel die Zustimmung der nächsten Angehörigen. Soweit diese im Fall von Unfallopfern nicht sofort erreichbar sind, wird häufig unter Bezugnahme auf § 34 StGB auf ihre Zustimmung verzichtet.

1. Sieht auch die Bundesregierung hier die Gefahr, daß die Institution des „rechtfertigenden Notstandes" zu einer Dauerregelung umfunktioniert wird, und sieht sie Wege, mit gesetzlichen Regelungen dieser Gefahr zu begegnen?

Die Bundesregierung vermag derzeit ein Bedürfnis für eine gesetzliche Regelung nicht zu erkennen. Nach einer von der Arbeitsgemeinschaft der Transplantationszentren in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin am 9. November 1985 einstimmig verabschiedeten Resolution verfahren „sämtliche

Transplantationszentren der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin" bei Organentnahmen von Verstorbenen zu Transplantationszwecken „nach dem Prinzip der erweiterten Einwilligungslösung", d. h. bei Fehlen einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung des Verstorbenen kommt es auf die Einwilligung seiner nächsten Angehörigen an. Ausnahmen hiervon kommen „nur in Betracht, wenn die Einwilligung von Angehörigen wegen einer akuten Notstandssituation nicht oder nicht rechtzeitig eingeholt werden" kann.

Eine derartige Notstandssituation liegt bei den – auch zahlenmäßig besonders bedeutsamen – Fällen der Nierentransplantation regelmäßig nicht vor. Die auf eine Spenderniere wartenden Patienten sind zumeist nicht unmittelbar vom Tode bedroht, da die fehlende Funktionsfähigkeit ihrer eigenen Nieren in der Regel noch geraume Zeit durch eine künstliche Niere überbrückt werden kann. Ein Rückgriff auf den Rechtsgedanken des § 34 StGB (rechtfertigender Notstand) scheidet deshalb in diesen Fällen von vornherein aus. Wo dagegen ausnahmsweise im Einzelfall z. B. eine sofortige Herz- oder Lebertransplantation zur Rettung eines Menschenlebens erforderlich ist, wird man den Ärzten den Rückgriff auf den Rechtsgedanken des rechtfertigenden Notstands nicht verwehren können. Die Bundesregierung zieht insoweit einschränkende Regelungen nicht in Betracht.

2. Wie sieht die Bundesregierung die Rechte eines für tot Erklärten auf Wahrung dessen Totenruhe nach § 167 StGB gewährleistet?

Durch das 24. Strafrechtsänderungsgesetz vom 13. Januar 1987 – BGBl. I S. 141 – ist § 168 Abs. 1 StGB (Störung der Totenruhe) neu gefaßt worden. In seiner Entschließung vom 4. Dezember 1986 (zu Drucksache 593/86) hat der Deutsche Bundestag die Auffassung vertreten, „daß der vorgenommenen Gesetzesänderung weitere Schritte für eine Verbesserung des Schutzes toter menschlicher Embryonen und Feten folgen müssen". Die Erklärung fährt fort: „Eine Gesamtlösung, in die auch Leichen und Leichenteile einzubeziehen sind, wirft jedoch zahlreiche tatsächliche und rechtliche Probleme auf, deren Abklärung noch nicht abzusehen ist. Die Bundesregierung wird gebeten zu prüfen, in welcher Weise der Schutz sterblicher menschlicher Überreste weiter verbessert werden kann, und hierzu eine gesetzliche Regelung vorzubereiten. Der Bundesrat hat sich dieser Bitte mit einer Entschließung vom 19. Dezember 1986 angeschlossen [Drucksache 593/86 (Beschluß)].

Die erforderlichen und umfangreichen Prüfungen sind bisher noch nicht abgeschlossen.

3. In der Praxis wird von den Angehörigen die Zustimmung zur Entnahme eines Organs eingeholt. Häufig kommt es dann jedoch zu einer Multiorganentnahme.

   Wie bewertet die Bundesregierung diese Praxis, und sieht sie hier gesetzlichen Regelungsbedarf?

4. Teilt die Bundesregierung die Rechtsauffassung, daß Angehörigen gegenüber eine volle Auskunftspflicht über Art und Umfang der getätigten Organentnahme besteht?

Die Bundesregierung geht davon aus, daß sich die Ärzteschaft bewußt ist, daß die Einwilligung in die Explantation eines Organs nicht ohne weiteres auch die Einwilligung in eine Multiorganentnahme umfaßt. In ihrer Resolution vom 9. November 1985 hat die Arbeitsgemeinschaft der Transplantationszentren in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin erklärt, daß die Aufklärung der Angehörigen bei beabsichtigter Entnahme mehrerer Organe oder Organsysteme des Verstorbenen in einer individuell geeigneten und die besonders schwere psychische Situation der Angehörigen berücksichtigenden Weise erfolgt und daß „um eine entsprechend erweiterte Einwilligung gebeten" wird. Ein derartiges Verfahren erscheint, wenn es angemessen gehandhabt wird, schon aus humanen Gründen einer starren gesetzlichen Regelung überlegen. Solange die Ärzte die Aufklärung in der gebotenen und umfassenden Weise vornehmen, ist ein Bedürfnis nach einer gesetzlichen Regelung nicht zu erkennen. Anhaltspunkte dafür, daß sich in jüngster Zeit Transplantationszentren nicht an die von der Arbeitsgemeinschaft abgegebene Erklärung gehalten haben, liegen der Bundesregierung nicht vor.

5. Wie beurteilt die Bundesregierung den paradoxen Zustand, daß in der Praxis der Organentnahme die vorherige Hirntodbestimmung als entscheidendes Kriterium gilt, eine Unterlassung dieser Bestimmung aber wegen fehlender gesetzlicher Grundlage nicht strafbar ist?

Die Bundesregierung geht davon aus, daß neue Straftatbestände nur dann geschaffen werden sollten, wenn hierfür auch ein hinreichendes Bedürfnis besteht. Ein derartiges Bedürfnis vermag sie jedoch im Blick auf die vor einer Explantation vorzunehmende Todesfeststellung nicht zu erkennen. Allerdings sind in der Vergangenheit Zweifelsfragen im Zusammenhang mit der Organentnahme bei anenzephalen Neugeborenen aufgetreten. Die hier entstandenen Fragen sind jedoch zwischenzeitlich durch eine Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Transplantationszentren vom November 1987 dahin beantwortet worden, daß auch bei Anenzephalen der Hirntod im Sinne des vollständigen und irreversiblen Ausfalls aller Hirnfunktionen vor Beginn einer Organentnahme zweifelsfrei festgestellt werden muß. Ein Arzt, der ohne die vorherige Feststellung des Hirntodes eine Organentnahme durchführt, wird sich nicht nur standesrechtlich verantworten müssen, sondern – je nach Fallgestaltung – auch mit einem Strafverfahren wegen eines mit bedingtem Vorsatz begangenen Totschlags oder wegen fahrlässiger Tötung zu rechnen haben.

6. Bekanntlich hat die Bundesregierung einen Entwurf für ein Transplantationsgesetz erarbeitet.

   Weshalb hat sie den Plan nicht weiter verfolgt? Von welcher Seite wurden dagegen Einwände geltend gemacht?

Der Regierungsentwurf eines Transplantationsgesetzes vom Jahre 1978 (Drucksache 395/78) sah eine sog. „Widerspruchslösung" vor. Angesichts eines zu Beginn der 70er Jahre herrschenden Mangels an Dialysegeräten und einer äußerst geringen Transplantationsfrequenz hielt es die damalige Bundesregierung in Übereinstimmung mit einer Empfehlung des Ministerkomitees des Europarates [Entschließung (78) 29] im Interesse vor allem der großen Zahl der an Nierenversagen leidenden Patienten für vertretbar, jedem Bürger zuzumuten, sich zu Lebzeiten zu entscheiden, ob er für den Fall seines Todes einer Organentnahme zustimmen oder ihr widersprechen wolle. Jedermann sollte die Möglichkeit erhalten, einen etwaigen Widerspruch gegen eine Organentnahme in verdeckter Form im Personalausweis dokumentieren zu lassen. Beim Fehlen eines Widerspruchs sollte der Arzt berechtigt sein, eine Organentnahme vorzunehmen.

Nicht zuletzt dank breiter Öffentlichkeitsarbeit ist es jedoch gelungen, in der Bevölkerung die Bereitschaft zur Organspende zu wecken, so daß die Angehörigen eines Verstorbenen heute in bis zu 90 Prozent der Fälle ihre Einwilligung in die Explantation geben. Ein Bedürfnis, eine gesetzliche Regelung im Interesse der auf ein Transplantat wartenden Patienten zu treffen, wurde seither nicht mehr gesehen; der Entwurf ist deshalb auch nicht mehr weiter verfolgt worden.

7. Ist der Bundesregierung bekannt, daß andere Länder (z. B. Dänemark) aus ethischen Bedenken die Hirntodbestimmung nicht eingeführt haben, sondern bei der Herztodfeststellung geblieben sind?

Nach Kenntnis der Bundesregierung wird heute in der überwiegenden Mehrzahl der Länder der Hirntod als Kriterium für den Eintritt des Todes angesehen. Soweit sich die Anfrage auf die Gesetzgebung Dänemarks bezieht, ist auf den Bericht des vom dänischen Justizministerium eingesetzten Ausschusses vom 12. Oktober 1966 hinzuweisen, nach welchem dieser bewußt darauf verzichtet hat vorzuschlagen, Kriterien für die Feststellung des Todes in das Gesetz aufzunehmen, da hierfür die jeweils in der Medizin allgemein anerkannten Maßstäbe entscheidend sein sollten.

III. AIDS

1. Ist der Bundesregierung bekannt, daß bereits eine zunehmende Zahl von Menschen in der Bundesrepublik Deutschland durch eine Organspende mit HIV infiziert wurde, und sieht sie hier gesetzlichen Regelungsbedarf, der beispielsweise eine Untersuchung der zu transplantierenden Organe vorsieht?

2. Stimmt die Bundesregierung der Feststellung zu, daß nicht zuletzt vor dem Hintergrund der AIDS-Problematik die Praxis der Organentnahme nach Hirntodbestimmung neu bewertet werden muß?

Es ist bekannt, daß Empfänger von Organen HIV-infizierter Personen ein hohes Infektionsrisiko haben. Die AIDS-Arbeitsgruppe des Bundesgesundheitsamtes hat 1985 über vier Patienten berichtet, die wahrscheinlich über eine Nierentransplantation infiziert wurden. Im AIDS-Fallregister des Bundesgesundheitsamtes findet sich ein Fall von AIDS bei einem Empfänger eines Nierentransplantates (Patient war homosexuell, Nierentransplantation 1982, AIDS 1985).

Nach der Laborberichtspflicht wurden seit dem 1. Oktober 1987 zwei HIV-Infektionen, die bei Empfängern von Organspenden entdeckt wurden, mitgeteilt. Bis zum 30. September 1987 wurde bei fünf gemeldeten Fällen dieser Infektionsweg vermutet. Dem Bundesgesundheitsamt liegen keine Erkenntnisse darüber vor, die vermuten lassen, daß die Zahl solcher Infektionen zunimmt.

Mit Entwicklung der HIV-Antikörperteste im Herbst 1984 wurden, wo irgend möglich, alle potentiellen Spender auf Anwesenheit von HIV-Antikörpern getestet. Als Testverfahren bot und bietet sich der Immunfluoreszenztest an, der nach ca. 90 Minuten ausgewertet werden kann. Es gibt deshalb keinen Grund, bei der Transplantation jeder Art auf einen Antikörpertest zu verzichten.

Nicht erfaßt werden Infizierte nach einer Infektion, die noch keine Antikörper entwickelt haben. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß Transplantationen nur zur Lebensrettung erfolgen und immer risikobehaftet sind.

Die verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften haben für ihre Bereiche Richtlinien erarbeitet, die einer Gefahr der HIV-Infektion durch Organtransplantation soweit wie möglich entgegenwirken sollen. Ein gesetzlicher Regelungsbedarf besteht nicht; die Praxis der Organentnahme bedarf keiner neuen Bewertung.

Druck: Thenée Druck KG, 5300 Bonn, Telefon 231967
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 201363, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon (0228) 363551
ISSN 0722-8333